HJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**	**Código** FINC3F	**Versión** 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS	**Fecha de última revisión** 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 25/10/2023

Nombres y apellidos :	**ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES**			CC	**57467224**
Correo electrónico :	zuleima02reyes@gmail.com			Teléfono de contacto: 3147814274	
Dirección domicilio:	**Kra 35 calle 11-47 barrio la Estrella**			Ciudad:	**Santa Marta**
Régimen del IVA:	**Simplificado** / **Común** X	¿Declarante de renta?		**NO**	¿Está obligado a facturar?
¿Personas a cargo?	**1**	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?		**NO**	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?			¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO		
Banco al cual consignar:	**DAVIVIENDA**	Tipo de cta.:	**AHORRO**	Nº Cuenta:	**0550488400478050**

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	**CD20233710**	Nº RP:	**5096**	N° CDP:	**1948**	Plazo – Duración: 1 MESES
¿Adición o prorroga?	**N/A**	Tiempo prorrogado		**N/A**		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	**06/10/2023**	Fecha de Terminación Contrato		**31/10/2023**		Valor del Contrato:1.800.000
N° CDP **(Adición)**:	**N/A**	Objeto del Contrato	**prestacion de servicios de apoyo a la gestion como auxiliar de enfermeria para realizar actividades asistenciales en la e.s.e hospital universitario julio mendez barreneche**			
Nº RP: **(Adición)**	**N/A**					
¿Suspendido?	**N/A**	Fecha de reinicio		**N/A**	Nueva Fecha de terminación: N/A	
Valor Total del Contrato (adición)	**N/A**	Periodo objeto de Cobro		MES		**OCTUBRE**
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				**$ 1.800.000**		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

Mes de pagado de seguridad social			**SEPTIEMBRE**	**IBC $1.160.000**
Aporte obligatorio a seguridad social salud		**$ 145.000**	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión $185.600	
Nivel / aporte de riesgo ARL	**3**	**$ 28.300**	**Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO**	
			Total Pago Seguridad Social $358900	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe **Anexo**

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí las actividades del objeto contractual descritas en el informe anexo; **2.** Toda la información aquí suministrada es verídica; 3. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Firma del Contratista

ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES

CC. 57467224

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**

1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que el contratistas ha realizado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por medio de la planilla adjunta al presente formato, en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

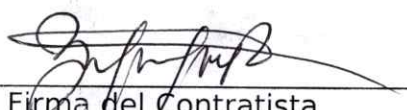
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago

Firma del Supervisor

UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA, AURA STELLA DAZA PEÑA

CC. 36.541.888

	orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.	
22	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.	SI
23	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato	SI
24	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.	SI
25	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.	SI
26	Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.	SI
27	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios	SI
28	Hacer los usos correctos de administración de medicamentos	SI
29	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.	SI
30	Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería	SI
31	La recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de las vitrinas.	SI
32	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)	SI
33	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.	SI
34	Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.	SI
35	Aplicar los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.	SI
36	Realizar notas de Enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.	SI
37	Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.	SI
38	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente.	SI
39	Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.	SI
40	Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.	SI
41	Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.	SI



Firma del Contratista
ZULEIMA FELIPE REYES



Firma del supervisor
AURA DAZA PEÑA

INFORME DE ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERIA	Código	FINC2F	
	Fecha de Aprobación:	1/02/2019	
	Versión:	01	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE No. CD20233710	DE FECHA	06/10/2023	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES	CON	C.C Nº	57467224

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	OCTUBRE 2023
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**Unidad Funcional de Enfermería**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	Aura Daza Peña

No.	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO	CUMPLIÓ SI, NO, PARCIAL, N/A
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía.	SI
2	Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.	SI
3	Ejecución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).	SI
4	Realizar ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica	SI
5	Realizar las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera.	SI
6	Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente	SI
7	Asistir a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos	SI
8	Apoyar a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento.	SI
9	Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, u otro procedimiento).	SI
10	Realizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.	SI
11	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.	SI
12	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.	SI
13	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E	SI
14	Responder por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa	SI
15	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes	SI
16	Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente	SI
17	Informar las fallas de material y equipo de servicios.	SI
18	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar	SI
19	Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E	SI
20	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.	SI
21	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la	SI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57467224
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 34B 10A CASA 5 BARRIO LA ESTRELLA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4518498626	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2023
DIAS DE MORA:	17		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996328212

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 185.600	$ 3.300	$ 188.900
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 3.300	$ 188.900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 145.000	$ 2.600	$ 0	$ 147.600
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 2.600	$ 0	$ 147.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 500	$ 0	$ 28.800
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 500	$ 0	$ 28.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN						SALUD							ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 57467224	FELIPE REYES ZULEIMA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	57467224	$ 28.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 365.300